

RICHIESTA DI INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA

AL DIRETTORE SANITARIO
DELL'A.I.A.S. SEZ. SAN FILIPPO DEL MELA – E.T.S

__l__ sottoscritt__ _____

nato/a a _____ il _____

residente in via _____ tel. _____

in qualità di _____ del minore/ del Sig. _____

nato/a a _____ il _____

residente in via _____ tel. _____

in possesso dell'autorizzazione n° _____ del _____

rilasciata dall'U. Operativa _____

patologia _____

Programma terapeutico: FKT PSM LT OT

Altro _____ (prestazione attualmente non erogata)

Trattamento: Ambulatoriale Domiciliare Seminternato

CHIEDE

di essere inserito nella lista di prenotazione predisposta e gestita dall'A.I.A.S. SEZ. SAN FILIPPO DEL MELA – E.T.S. in attesa che l'Associazione possa erogare allo stesso o alla persona sopra indicata le prestazioni terapeutiche e riabilitative necessarie.

DICHIARA

di essere stato informato dal personale del Centro _____:

- sull'impossibilità di essere inserito nel trattamento riabilitativo a decorrenza immediata e di accettare l'inserimento nella lista d'attesa;
- che l'autorizzazione ha validità di un anno e alla scadenza bisognerà provvedere all'eventuale rinnovo per il mantenimento in lista;
- che è possibile contestualmente l'inserimento in liste di attesa di altri centri.

Luogo e data

Firma (estesa e leggibile)

Riservata all'ufficio

Raccolta cartacea: Operatore _____ Data _____ Firma operatore _____